**事 故 等 発 生 報 告 書**

令和　　年　　月　　日

岐阜県介護研修センター　　様

　事業所名

報告者名

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| **項　　　目**（該当項目を○で囲む） | ・交通事故　　　・交通事故以外の事故等（　　　　　　　　） |
| **発 生 日 時** | 令和　年　　月　　日（　）　　　　　時　　分 |
| **発 生 場 所** | （　平面図・写真貼付　） |
| **発生事案****の概要** |  |
| **対 応 内 容** |  |

＊対応者と対応内容を明確に記入すること。また、必要に応じて、行を追加して記入願います。

　　　 ＊賠償責任保険が適用となる場合は、別途専用様式による確認となります。